

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

25

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mai 1906, à 1 heure

PAR

André SOLIRÈNE

Les Complications Nerveuses

DES

APPENDICITES

Président : M. RAYMOND, professeur

Juges { MM. HUTINEL, professeur
CHANTEMESSE, professeur
MÉRY, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de Clinique des maladies nerveuses

Médecin de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR MAURICE AUVRAY

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé

A M. LE DOCTEUR GEORGES GUILLAIN

Ancien chef de Clinique des maladies nerveuses
à la Salpêtrière

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

M. LE DOCTEUR FERNAND WIDAL

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR CARNOT

Professeur agrégé

MONSIEUR LE DOCTEUR POTHERAT

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR HERBET

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR SAINTON

Ancien chef de Clinique

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN

Ancien chef de Clinique

MONSIEUR LE DOCTEUR HERSCHER

Ancien interne des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER VOISIN

Ancien interne des Hôpitaux

INTRODUCTION

L'année dernière, au moment où, dans le service de M. le professeur Raymond, nous nous consacrons à l'étude des maladies nerveuses, nous avons eu l'occasion d'observer avec notre maître un cas très curieux de névrite appendiculaire.

Chez un malade ayant eu une série de crises d'appendicite, on pouvait constater des lésions nerveuses, ayant avec les crises appendiculaires antérieures des rapports de causalité évidents ; en effet, ces lésions débutant après une première crise s'aggravaient avec les crises successives que le malade avait eues, et, après avoir atteint le nerf crural, puis le nerf obturateur et le nerf sciatique à droite s'attaquaient au plexus sacré à gauche, entraînant ainsi une paralysie des membres inférieurs.

Cette observation était doublement intéressante. Au point de vue neurologique, elle était un très joli cas de névrite ascendante dont on pouvait suivre pas à pas les différentes étapes ; au point de vue clinique elle réalisait une complication rare mais indubitable de l'appendicite.

A cette occasion nous avons recherché s'il existait beaucoup d'observations se rapprochant de la nôtre ; nous avons pu seulement constater que si de multi-

ples travaux ont été écrits sur les diverses formes cliniques de l'appendicite et sur ses complications locales ou lointaines, intéressant le foie, les reins et les poumons, par contre les complications touchant le système nerveux central et périphérique n'avaient presque jamais été mentionnées.

Frappé de cette pauvreté de la littérature médicale, il nous a paru intéressant de réunir, d'étudier les cas se rapportant à ces accidents et de faire des complications nerveuses des appendicites le sujet de notre thèse.

Nous diviserons cette étude en deux parties :

Dans la première, nous traiterons les complications toxi-infectieuses de l'appendicite sur le système nerveux. Dans la seconde nous verrons quel est le retentissement des crises appendiculaires sur les états nerveux et psychiques de certains malades.

Les Complications nerveuses des Appendicites

L'Appendicite, maladie toxi-infectieuse

L'appendicite est une maladie infectieuse et toxique au premier chef ; c'est ce qui ressort des nombreux travaux que cette question de l'appendicite a suggérés, études qui nous montrent encore combien sont multiples les formes cliniques de cette maladie et combien en sont variées les complications.

C'est une maladie infectieuse, car l'appendice altéré est le point de départ de colonies microbiennes qui vont créer dans l'organisme, non seulement des complications locales se traduisant par des péritonites enkystées ou généralisées, mais encore des complications lointaines par l'intermédiaire des veines de l'appendice, de la veine mésentérique, de la veine porte, provoquant ainsi des adalérations viscérales d'un pronostic toujours extrêmement grave. Ces complications infectieuses, intéressant le foie, les reins, les poumons, sont à présent des faits bien connus ; nous ne ferons que les citer sans insister davantage.

Mais l'appendicite n'est pas seulement redoutable par l'infection terrible qu'elle peut provoquer ; ses microbes pathogènes, en exaltant leur virulence dans le segment de l'appendice transformé en cavité close, élaborent des toxines redoutables qui après l'infection microbienne vont intoxiquer le malade.

Le professeur Dieulafoy a démontré de façon décisive cette toxicité, en faisant avec M. Caussade l'expérience que nous rapportons :

« On a pris pour l'expérience une appendicite oblitérante aiguë dont la cavité close était absolument séparée de la partie libre de la cavité appendiculaire.

« Nous avonsensemencé deux bouillons :

« Un bouillon n° 1 avec une parcelle du liquide prélevé dans la partie libre du canal appendiculaire ; l'autre, bouillon n° 2, avec une parcelle du liquide prélevé dans la cavité close. Ces bouillons ont été mis à l'étuve, ils contenaient du coli-bacille en quantité. Pour expérimenter la toxicité, nous avons filtré les bouillons de culture et nous avons pratiqué des inoculations avec le liquide filtré chargé de toxines mais privé de microbes. Six cobayes ont été inoculés, trois avec le filtrat du bouillon n° 1, trois avec celui du bouillon n° 2. Chaque cobaye a reçu en injection sous-cutanée vingt gouttes du bouillon filtré provenant de cultures de plus en plus vieilles. Ces cultures dataient de trois jours pour les deux cobayes inoculés le lundi, de quatre jours pour ceux du mardi et de cinq jours pour ceux inoculés le mercredi.

« L'inoculation n'a provoqué en aucun cas, ni abcès ni induration. Les trois cobayes inoculés avec le filtrat du n° 1 sont restés bien portants. Sur les trois cobayes inoculés avec le filtrat du n° 2, deux sont morts cinq et six jours après l'inoculation ; ils ne sont pas morts infectés, ils sont morts intoxiqués. »

Voilà donc démontrée expérimentalement la toxicité considérable des produits microbiens élaborés dans la cavité close, produits qui font de celle-ci un foyer d'infection et d'intoxication.

Ces faits expliquent les accidents très graves souvent mortels survenant parfois, brutalement, chez des individus atteints d'appendicite alors qu'à l'autopsie on ne trouve que des altérations appendiculaires presque insignifiantes et une péritonite à peine ébauchée, lésions tout à fait insuffisantes en apparence pour expliquer l'évolution de la maladie.

La clinique confirme pleinement ces expériences de laboratoire et fournit la preuve irréfutable de l'intoxication dans l'appendicite ; de multiples observations ont été recueillies montrant la toxine appendiculaire adultérant le foie, les reins, provoquant alors de l'urobilinurie et de l'albuminurie qui disparaissent d'ailleurs quelques jours, quelques heures même après l'opération suivant le degré et l'intensité de cette intoxication.

Dieulafoy rapporte l'histoire d'un jeune homme qui s'était présenté à l'Hôtel-Dieu souffrant du ventre depuis quatre jours et présentant une teinte subictérique de la face et franchement ictérique des conjonc-

tives ; « la triade symptomatique est légère mais est bien marquée au point de Mac-Burney, on constatait en même temps la présence d'albumine et d'urobiline dans les urines, ce malade était atteint d'appendicite toxique, la toxine appendiculaire ayant déterminé une adultération des cellules du foie, du rein, d'où urobilinurie et albuminurie.

« L'opération fut faite immédiatement : on trouva un appendice en partie sphacélé avec du pus.

« L'opération ne donna pas, dit Dieulafoy, l'amélioration rapide qu'on obtient souvent après l'opération de l'appendicite ; la raison en était que le malade était intoxiqué ; l'ablation de l'appendice avait supprimé la cavité close appendiculaire, ce laboratoire des toxines, mais les organes, le foie, les reins en étaient encore imprégnés, adultérés ; après une journée critique, le malade s'améliorait rapidement ; deux jours après, l'albumine disparaissait, et, quatre jours après l'opération il n'y avait plus d'urobiline et la teinte subictérique avait complètement disparu. »

Bien d'autres cas de ce genre ont été observés par MM. Dieulafoy, Second, Routier, Hartmann et d'autres non moins distingués chirurgiens ; dans tous ces cas, l'ictère, l'urobilinurie et l'albuminurie étaient les témoins de l'imprégnation de l'organisme par les toxines appendiculaires. L'appendicite est donc bien une maladie toxi-infectieuse ; c'est là un fait acquis, absolument démontré : nous avons insisté à dessein sur ce point qui est capital pour la compréhension de ce travail,

PREMIÈRE PARTIE

Les complications que crée l'appendicite peuvent, nous le savons, intéresser l'économie tout entière ; elles peuvent intéresser en particulier le système nerveux central et périphérique c'est sur elle que nous allons insister à présent.

Ces complications nerveuses peuvent être comme dans les cas précédemment cités, d'origine infectieuse ou d'origine toxique ; ces complications peuvent surgir à distance sur le névraxe déterminant des accidents méningitiques, des abcès du cerveau et du bulbe, des myélites, des névrites périphériques ou bien elles peuvent être locales et causer des névrites périappendiculaires et des névrites ascendantes.

Complications à distance sur le système nerveux

Les accidents nerveux de l'appendicite, d'origine toxique peuvent simuler la méningite, avec ou sans ictère grave, avec ou sans urémie ; M. le Dr Rénon nous en donne un exemple par le cas qu'il présente dans cette magistrale observation que nous rapportons ;

« M. X..., âgé de trente-trois ans, avec qui j'étais amicalement lié, a subi en quatre années trois crises d'appendicite et a succombé à la dernière. La première crise débuta brusquement le 10 mai 1894 ; elle se manifesta par une douleur fixe au point de Mac-Burney, des vomissements et de la défense musculaire quand on touchait la région appendiculaire ; le pouls était à 96 et la température de 38°2. Ne connaissant pas la question d'appendicite comme je l'ai approfondie depuis, et déférant au désir du malade qui ne voulait absolument pas voir de chirurgien, je soignai l'affection avec les moyens dits médicaux ; j'appliquai sur le ventre des cataplasmes laudanisés et une vessie de glace et, après huit jours d'un état très sérieux, le malade entra en convalescence. Il eut encore de temps en temps quelques douleurs dans la fosse iliaque droite pendant l'année 1896 et je lui fis comprendre la nécessité de se faire enlever son appendice ; mais il ne voulut pas entendre parler d'une opération chirurgicale prétendant qu'il guérirait d'une seconde crise aussi facilement que de la première.

Celle-ci ne se fit pas longtemps attendre, car elle apparut au mois de juin 1897 ; il la soigna à mon insu, évitant de me faire appeler par crainte du chirurgien, et ne m'en fit part qu'au mois de décembre 1897 en venant me consulter sur une pleurésie dont il avait été atteint au Havre pendant le mois de septembre dernier ; je constatai quelques frottements pleuraux

du côté gauche. Dans la seconde quinzaine du mois de janvier dernier (1898) alors que je soignais son père pour une pneumonie grippale, on me prévint le 22 janvier au soir qu'il avait été pris de violentes douleurs dans le ventre pendant la nuit précédente, et, que pour ne pas me rencontrer, il était sorti depuis le matin : j'appris plus tard qu'il avait fait de nombreuses courses à pied et en voiture jusque dans la banlieue de Paris.

Je fis part à la famille de mes craintes, en déplorant la pusillanimité de mon ami. La nuit du 22 au 23 janvier fut mauvaise, les douleurs devinrent intolérables et les vomissements se succédèrent sans interruption depuis minuit. Il ne voulut pas m'envoyer chercher et demanda un médecin dans le quartier ; mon confrère porta le diagnostic d'appendicite, fit une piqûre de morphine et pria instamment qu'on me fasse quérir, ce que le malade ne permit que le lendemain matin 23 janvier à 11 heures.

Je le vis à midi et le trouvai dans un état lamentable malgré une température axillaire de 37°1 et un pouls à 80. Le ventre était très douloureux au point de Mac-Burney et de plus un peu ballonné. Le visage et les extrémités présentaient déjà une légère teinte violette. Je ne cachai pas ma mauvaise impression à la famille qui me pria d'appeler M. Routier. M. Routier vit le malade avec moi à 4 heures de l'après-midi, confirma le diagnostic d'appendicite et prévint les parents qu'il faudrait intervenir ; mais nous remîmes l'opération au lendemain, le pouls n'étant qu'à 80 et la température à 37 degrés et une accalmie manifeste s'étant produite depuis le matin dans les signes généraux.

Le 24 janvier, nous revînmes avec M. Routier et nous trouvâmes la situation considérablement aggravée. Le malade tousse sans que rien d'appréciable puisse être noté à l'auscultation de la poitrine, mais la toux est extrêmement pénible. Le ventre est très douloureux ; du hoquet et des vomissements porracés sont apparus dans la nuit. Il n'y a pas eu de gaz rendus depuis la veille, mais une sorte de diarrhée toxique s'est installée dans la soirée et le malade a eu huit selles très liquides, très abondantes et très fétides. La température est toujours basse 37°2, et

le pouls à 80, mais inégal, irrégulier, intermittent. Le facies est franchement péritonéal avec les yeux excavés, le nez effilé, le facies grippé et violacé. On transporte le malade rue Bizet et l'opération est décidée pour 4 heures. Au moment de l'opération, l'état était devenu encore plus critique ; le visage s'était cyanosé, la respiration était difficile et une syncope s'était produite pendant le trajet en voiture. La chloroformisation fut pénible, la figure bleuissait presque constamment. A l'ouverture du péritoine, du pus s'échappe de la fosse iliaque ; les anses intestinales sont rouges, dépolies ; l'appendice, très long est attiré au dehors et réséqué ; il est très atteint, formé de trois parties renflées séparées par trois étranglements ; son extrémité libre présente une très petite perforation par laquelle s'écoule du pus. L'opération terminée, l'existence de la péritonite fait porter le diagnostic le plus grave.

La nuit du 24 au 25 janvier fut mauvaise avec de la gêne croissante de la respiration et des vomissements incessants. Le 25 janvier, la température ne dépasse pas 37° 3, le pouls oscille entre 89 et 90, faible, inégal, irrégulier ; la cyanose et l'oppression persistent toute la journée. La nuit du 25 au 26 janvier fut plus mauvaise encore que les précédentes ; le malade n'eut aucune trêve, constamment secoué par des vomissements presque noirs et des accès de suffocation.

Le 26 janvier au matin, nous trouvâmes le corps tout cyanosé, la température à 37°5, le pouls à 160, filiforme, presque incomptable, et le malade succomba à trois heures de l'après-midi au milieu de symptômes bulbaires avec de la cyanose et de l'asphyxie dans une syncope..

Cette observation montre bien le rôle de l'intoxication et l'existence des accidents nerveux dans l'appendicite ; ce malade était imprégné par l'intoxication née de son appendice malade, intoxication grave, à prédominance nerveuse, qui a causé la mort avec des symptômes bulbaires indubitables caractérisés par de grands accès de dyspnée, la cyanose du

visage et des extrémités, les irrégularités du pouls, les accès syncopaux et enfin l'asphyxie.

Dans un cas publié par Dieulafoy, les accidents nerveux toxiques ont revêtu une autre forme et sa malade est morte en présentant les signes de l'intoxication cérébrale avec cris hydrencéphaliques.

Voici cette intéressante observation :

« Le 3 septembre 1898, j'étais appelé en consultation avec Hartmann et Legry auprès d'une femme de cinquante ans atteinte d'appendicite. Cinq jours avant notre consultation, le 30 août, sans prodromes, sans le moindre trouble intestinal antérieur, cette dame avait éprouvé vers le soir, des douleurs intestinales plus violentes à droite qu'à gauche. La nuit suivante fut mauvaise, les douleurs augmentèrent d'intensité sans vomissements. Le lendemain, la malade se sentant améliorée fit une promenade en voiture mais le surlendemain, 1^{er} septembre, les douleurs abdominales avaient reparu encore plus vives et l'on prescrivit le repos au lit. Depuis la matinée du 30 août, la constipation a été absolue ; des lavements purgatifs plusieurs fois répétés n'ont provoqué ni selles ni gaz ; le ballonnement du ventre simule une occlusion intestinale. La température est à 38°6. Au moment de notre consultation, le 3 septembre à neuf heures du matin, la douleur, la constipation et le météorisme abdominal sont les symptômes dominants ; ils rappellent le cas publié par Albarran et Caussade (*Presse médicale*, 23 juillet 1898).

J'examine la malade, et, bien que le ventre soit partout sensible et distendu, la douleur à la pression, la défense musculaire et l'hyperesthésie prédominent si nettement au point de Mac-Burney que je n'hésite pas à confirmer le diagnostic d'appendicite. Nous décidons l'intervention chirurgicale ; il y avait même urgence ; aussi l'opération fut-elle pratiquée à deux heures de l'après-midi par M. Hartmann. A l'ouverture du péritoine apparaissent des lésions de péritonite et un foyer purulent qui fuse vers la région lombaire. Le cæcum étant doucement

attiré et décollé par en bas, l'opérateur rencontra une deuxième collection purulente fétide ; l'appendice plonge dans cet abcès ; on le décolle, on le lie, on l'extirpe et on place trois drains, un vers la région lombaire, un vers l'excavation et un troisième debout ; au moyen de mèches de gaze stérilisée, on limite le foyer du côté interne et on fait le pansement à la gaze iodoformée.

L'appendice enlevé est examiné en détail : appendicite gangréneuse et perforée, péritonite et double collection purulente, telles étaient les lésions qui motivaient la décision que nous avions prise et l'urgence de l'opération.

Dans la soirée, la malade se sentit soulagée, et la journée du lendemain 4 septembre fut bonne. Le lendemain 5 septembre, bien que la situation parût favorable, on constate une légère teinte subictérique. Le 6 septembre, à la visite du matin, M. Hartmann trouve à sa malade un air étrange, elle est peu nette dans ses réponses ; on prescrit 30 grammes de citrate de magnésie ; à 10 heures surviennent des idées délirantes ; malgré ses divagations, la malade reconnaît son mari ; à midi, elle est sans connaissance ; elle répète continuellement les mêmes mots et lance des cris inarticulés. On injecte 300 grammes de sérum. Les cris hydrencéphaliques continuent dans la soirée. Je vois la malade à 7 heures du soir avec Hartmann et Legry ; on me rend compte de l'état cérébral qui est survenu soudainement dans la matinée, sans vomissements, sans douleur de tête, sans raideur de la nuque, sans aucun symptôme de méningite vraie ; la malade a une garde-robe dans l'après-midi ; elle urine seule, elle avale bien le liquide qu'on verse dans sa bouche. Pendant mon examen, la malade immobile, l'œil fixe, pousse de temps en temps un cri bref et strident, un vrai cri hydrencéphalique. La perte de connaissance est absolue, les pupilles sont égales, la respiration est un peu accélérée, mais non dyspnéique, il n'y a ni paralysie oculaire ni paralysie faciale, ni hémiplégie, ni contractures. Avec tous ces symptômes négatifs, il est difficile d'admettre une méningite au vrai sens du mot, mais nous portons néanmoins le plus grave pronostic. Nous prescrivons l'application de douze sangsties

derrière les oreilles pour obtenir une forte émission sanguine et on donne deux cuillerées à café d'élixir polybromuré Yvon. La situation ne se modifie pas ; les cris hydrencéphaliques persistent sans aucun autre symptôme et la malade succombe dans la matinée ; elle succomba en vingt-quatre heures à son intoxication cérébrale.

Gérard-Marchant a observé un cas analogue chez une fillette : cette enfant atteinte de péritonite appendiculaire fut opérée. Tout allait pour le mieux et le résultat de l'opération s'annonçait tout à fait favorable, quand, le lendemain de l'intervention, apparut une teinte subictérique des conjonctives ; le soir, la petite malade fut agitée, sa tête fut animée de mouvements involontaires ; peu de temps après, l'enfant se mettait à crier, perdait connaissance et elle succombait le lendemain de l'apparition des accidents, sans fièvre, sans accélération du pouls.

M. Routier cite le cas suivant : Il opère une jeune religieuse de l'appendicite ; après l'opération, le ventre redevint souple ; il y eut des gaz et une selle ; l'intestin fonctionnait donc bien et tout allait pour le mieux, lorsque tout à coup la malade devient agitée et est prise d'asphyxie locale des extrémités, de convulsions des yeux et de la face, de torsion des membres, symptômes simulant l'hystéro-épilepsie ; les yeux restent convulsés pendant vingt-quatre heures, l'anesthésie envahit tout le corps, et la malade succombe.

Le professeur Le Dentu a rapporté à l'Académie de médecine un cas intéressant qui ressemble aux

précédents ; le voici, brièvement analysé, tel que l'auteur l'a présenté :

« Le 19 juillet 1897, j'opérais avec M. Le Pileur une petite fille de onze ans présentant tous les signes de l'appendicite. Le début des accidents remontait à sept jours. L'incision latérale du ventre me conduisit sur un abcès profond situé dans la partie la plus interne de la fosse iliaque et dans le petit bassin. Le reste du ventre fut protégé avant et après l'opération par des compresses et par des mèches. Les symptômes locaux s'amendèrent et le ventre s'affaissa ; mais, au bout de vingt-quatre heures, l'enfant se met à pousser des cris hydrocéphaliques aigus et répétés et entre dans une phase de délire et d'affaissement qui se termine par la mort, quarante-huit heures après l'intervention. Elle avait présenté en même temps un symptôme très remarquable, c'était un véritable opisthotonos de la nuque et du dos.

C'est à la toxine élaborée par les bacilles de l'appendice qu'il faut attribuer le dénouement fatal dans tous les cas qui précèdent : dans tous ces cas, les accidents péritonéaux ont été conjurés par l'opération ; la mort a été causée par l'imprégnation de l'organisme et en particulier des centres nerveux par les poisons appendiculaires contre lesquels l'opération était un remède insuffisant et toujours trop tardif, malgré la précocité de l'intervention dans tous les exemples que nous venons de citer.

Nous avons dit qu'il existe des complications cérébrales d'origine infectieuse ; ces complications toujours plus tardives que celles d'origine toxique, mais d'un pronostic tout aussi grave comprennent des abcès du cerveau et du bulbe dont quelques cas ont pu être observés ; peut-être aussi y a-t-il des myélites, mais la littérature médicale n'en contient pas d'observation : dans nos recherches, nous n'avons vu qu'un cas noté par Courtois-Suffit qui cite comme complication exceptionnelle de l'appendicite un cas où après l'opération, apparut chez le malade une paralysie d'une jambe par polyomyélite antérieure qui se manifesta au bout de quelques jours.

M. Piard, dans sa thèse inaugurale, signale deux observations d'abcès du cerveau au cours de l'appendicite : l'une publiée par Mac-Clelland, l'autre inédite, que Roux de Lausanne lui a communiquée :

« Observation de Mac-Clelland :

« Petite fille de huit ans, se plaignant de fièvre et de douleur dans l'épaule droite ; on découvrit après sa mort qu'elle avait avalé quatorze mois auparavant une épingle à l'école. A cette époque, elle s'était plainte de douleurs dans la région de l'aîne droite ; neuf semaines avant son admission à l'hôpital elle fut prise de fièvre et de douleurs à l'épaule droite ; la face présentait une coloration terreuse, mais pas jaune.

« Entrée à l'hôpital. Température élevée avec rémission matinale. Insomnie, soif, transpiration profuse. Urines normales. Constipation.

« La diarrhée survient plus tard. Augmentation de volume du foie qui finit par descendre jusqu'à l'ombilic. Une semaine avant la mort, la malade était dans un état typhoïde et, deux jours avant, elle eut des convulsions localisées dans le côté droit, englobant le bras, la bouche et la jambe. Jamais d'ictère, mais le facies resta terreux pendant toute la durée de la maladie.

« Mort après un séjour de vingt-six jours à l'hôpital.

« *Autopsie.* — Le foie est très augmenté de volume. Poids 4 livres 8 onces.

« La partie du lobe droit contenait une cavité d'abcès du volume d'une mandarine, remplie d'un pus épais. Tout le lobe droit avait l'aspect alvéolaire dû à une multitude d'abcès de différentes grandeurs. Le lobe gauche, quoique sain en apparence, était très hypertrophié ; la vésicule contenait une assez grande quantité de bile jaune doré. Pas d'obstruction des canaux biliaires.

« L'appendice vermiciforme était épaissi, allongé ; adhérent à un demi-pouce de son extrémité avec la paroi pelvienne. En séparant cette adhérence, on trouve la paroi de l'appendice très mince et ulcérée sur sa face interne

« L'adhérence correspondait à la tête d'une grosse épingle qui était englobée dans l'appendice, la tête en bas. Pas de signe d'inflammation récente. En ouvrant le crâne, le centre du sinus longitudinal était distendu par un caillot qui contenait une goutte de pus. Zone de congestion intense autour de la scissure de Rolando ; à ce niveau, la pie-mère est épaissie et adhérente ; un abcès de la grosseur d'un pois est dans le lobe occipital droit près de son centre. »

L'autre observation de Roux de Lausanne est inédite : la voilà résumée telle que nous l'avons recueillie dans la thèse de Piard à qui Roux l'avait obligeamment communiquée :

Appendicite. — Accidents de péritonite. — Laparotomie.

« Le deuxième jour qui suit la laparotomie, pneumonie droite, Le quatrième et le sixième jour, apparition de deux phlegmons parotidiens.

« Puis symptômes méningitiques et mort.

« A l'autopsie, méningite de la base ; abcès situé derrière le chiasma des nerfs optiques.

« Le pus de l'abcès parotidien et le pus de l'abcès péri-appendiculaire contenaient tous deux du streptocoque. Le pus de l'abcès cérébral n'a pas été examiné. »

A ces deux cas, nous pouvons ajouter celui de M. Cassirier de Berlin. Cet auteur, en effet, rapporte une observation concernant un abcès du bulbe semblant s'être développé au cours d'une appendicite. Cet abcès entourait les noyaux d'origine et les filets du facial : il s'étendait jusqu'à la protubérance annulaire.

Enfin, comme complications à distance de l'appendicite, il nous reste à citer les névrites périphériques ; ce sont des névrites toxi-infectieuses par voie sanguine ; nous n'en connaissons qu'un cas que le Dr Marcou, médecin à l'hôpital Troitzky à Saint-Petersbourg, a observé : il s'agit d'une névrite cubitale appendiculaire dont voici l'observation :

« Un sculpteur sur bois, âgé de vingt-huit ans, entre le 2 avril 1903 à l'hôpital Marie (Saint-Petersbourg) pour douleurs abdominales et fièvre. Il souffrait depuis dix jours. L'aspect du malade est typhoïde, mais la rate n'est grosse ni à la palpation ni à la percussion. D'ailleurs, la séro-réaction de Widal, faite le quinzième jour, reste totalement négative. Cependant, le ventre est tympanique, il a de la diarrhée et la courbe fébrile est sans caractère. Ce n'est qu'au bout de huit jours de séjour à l'hôpital qu'on lui trouve une induration dans le flanc droit, induration considérable empiétant sur la ligne médiane.

« La température se maintient autour de 38 degrés. Traité par le repos, la glace et l'extrait de belladone (extrait de belladone 0 gr. 10 ; émulsion d'amandes douces 150 grammes ; potion à tenir dans la glace ; une cuillerée à soupe toutes les deux heures) et ensuite par l'eau chaude en application permanente, notre malade finit par guérir totalement au bout d'un mois et demi de séjour à l'hôpital. Il y engraisa de 5 kilogrammes, mais garda encore un léger empatement périvésical qui, d'ailleurs, disparut complètement après. C'est pendant son séjour à l'hôpital que se déroula sa névrite cubitale. Quinze jours après son entrée à l'hôpital, donc vingt-cinq jours après le début de la maladie et au moment de la guérison de l'appendicite se déclarent les premières douleurs cubitales.

« C'est un matin, après une bonne nuit, que le malade commença à souffrir de son coude droit ; ce fut une douleur sourde qui étonna d'autant plus le malade quand il s'aperçut que l'annulaire et le petit doigt du même côté étaient paralysés. La douleur revenait avec exacerbation le long du bord cubital de l'avant-bras et ne montait pas au delà du coude. Elle fut soulagée notablement par les frictions au baume opodeldoch, puis devint moins intense pour disparaître en totalité au bout d'un mois. Mais la paralysie continue encore.

« A la période d'état de la névrite, voici ce qu'a donné l'examen nerveux de l'avant-bras atteint :

« Sensibilité : Anesthésie de la face interne de la paume et du dos de la main. Anesthésie du petit doigt et de la face interne de l'annulaire.

« Vasomotricité : Paralysie vasomotrice avec rougeur diffuse et marbrée sur tout le terrain palmaire et dorsal du nerf cubital. La rougeur est nettement prononcée sur l'éminence hypothénar, sur le petit doigt et le bord interne de l'annulaire, le fait n'a pas été noté dans les observations antérieures de névrite cubitale.

« Motricité : La main a la forme typique de la griffe cubitale. Mais à l'examen détaillé des muscles, on voit que tous ne sont pas également atteints comme dans la paralysie cubitale d'origine traumatique. Il y a paralysie totale des muscles de l'émi-

nence hypothénar, des interosseux et des deux derniers lombricaux. Mais, les deux faisceaux internes, le fléchisseur profond et le cubital antérieur sont moins atteints et l'adducteur du pouce paraît tout à fait intact. En effet, l'adduction du pouce est facile et jusqu'à un certain point, l'adduction de la main. Mais le petit doigt ne peut plus être écarté de l'axe de la main, ni fléchi.

« L'examen électrique confirme l'observation clinique simple. Il y a réaction de dégénérescence totale sur les muscles de l'éminence hypothénar, elle est incomplète sur le cubital antérieur.

« Bref, l'ensemble des symptômes subjectifs, vasomoteurs, musculaires et électriques contribue à établir avec certitude le diagnostic de névrite cubitale ayant envahi la majorité des branches du cubital droit.

« La marche de la maladie a été assez lente. Après guérison totale de l'appendicite, la névrite a continué à évoluer pour son propre compte. Les troubles moteurs ont survécu longtemps aux troubles sensitifs et vasomoteurs. Il y a eu même un certain degré d'atrophie de l'éminence hypothénar qui cependant n'a pas persisté.

« Le traitement a consisté d'abord en frictions calmantes et ensuite en massages et électrisation.

« Le malade a quitté l'hôpital au bout de trois mois de traitement ayant gardé encore la paralysie de l'éminence hypothénar et du petit doigt, mais avec une sensibilité intacte, avec une légère atrophie hypothénar et sans douleurs. Depuis deux ans, je n'ai pas eu l'occasion de le retrouver,

Cet homme donc, qui était atteint d'une appendicite bien diagnostiquée, est pris subitement d'une névrite cubitale droite également indubitable ; cette névrite a été sans aucun doute provoquée par l'appendicite ; il n'y a pas d'autre cause et nulle autre explication ne peut être satisfaisante. Le trauma-

tisme, l'éthylisme, la profession du malade ne peuvent être mis en cause ; il est tout rationnel de songer de suite à l'appendicite. Il existe en effet, de multiples exemples de névrites infectieuses survenant au cours de la fièvre typhoïde, de la grippe, de la diphtérie, de la lèpre ; or, l'appendicite, étant une maladie toxi-infectieuse par excellence comme nous le disions au début de ce travail, s'est comportée comme les affections que nous venons de citer et a causé cette névrite cubitale.

Complications locales sur le système nerveux

Ces complications peuvent être le résultat de phénomènes de compression simple des nerfs du plexus lombaire par une masse appendiculaire, ou bien elles sont causées par une inflammation venue de l'appendice, inflammation qui détermine sur les nerfs contigus un processus de névrite simple ou de névrite ascendante comme nous avons pu en observer un cas dans le service de notre maître le professeur Raymond.

La compression des nerfs du plexus lombaire peut ne déterminer que des névralgies de ces nerfs ; mais à un degré plus élevé, elle cause des accidents plus sérieux et explique les symptômes de pseudo-coliques néphrétiques que l'on rencontre parfois dans l'appendicite, symptômes quelquefois si intenses

qu'ils masquent la situation et rendent très difficile le diagnostic de l'affection ; en voici un exemple dans cette belle observation où le professeur Dieulafoy insiste sur une de ces formes d'appendicite larvée qui prend les apparences de la colique néphrétique.

« Un garçon de vingt-huit ans vint nous demander conseil relativement à une série de crises douloureuses qu'il a eues depuis deux ans. La première crise date du 30 mars 1896. En bonne santé jusqu'à cette époque, il fut pris de douleurs vives, de crampes au côté droit du ventre. Ces douleurs furent accompagnées de vomissements, de fièvre, et il dut garder le lit plusieurs jours. Le médecin porta le diagnostic de coliques hépatiques et prescrivit une purgation et le régime lacté.

« En décembre 1896, deuxième crise avec douleurs au ventre, fièvre et vomissements ; cette fois les douleurs irradièrent à la partie supérieure de la cuisse droite et au testicule.

« Troisième crise en juillet 1897 caractérisée par des douleurs très vives au côté droit du ventre avec fièvre, vomissements et irradiation des douleurs à la cuisse et au testicule droit.

« On porte le diagnostic de colique néphrétique et le malade garde le lit huit jours. Enfin, quatrième et dernière crise le 20 avril 1898 en tout semblable aux précédentes avec douleurs abdominales, fièvre et vomissements, et considérée elle aussi comme colique néphrétique. Les douleurs irradiaient au nombril, à la cuisse droite, au testicule droit et, par moments, la douleur provoquait la rétraction du testicule comme dans une colique néphrétique.

« Le malade dut garder le lit dix-huit jours, évitant les mouvements, souffrant à la moindre pression, recherchant l'immobilité complète. La convalescence se fit mal, les douleurs abdominales n'ayant pas complètement disparu ; il souffrait en marchant, il éprouvait des tiraillements en montant un escalier ; bref, il vint nous demander conseil.

« Je l'examine et constate une douleur localisée à la région

cæco-appendiculaire; j'y constate de l'hyperesthésie, de la contraction musculaire, peut-être même un empâtement profond. La triade, douleur, défense musculaire, hyperesthésie de la région appendiculaire était en faveur de l'appendicite; mais alors, comment expliquer les symptômes de coliques néphrétiques, irradiations douloureuses à la cuisse, douleur et rétraction testiculaire qui dans les deux dernières crises avaient motivé le diagnostic de colique néphrétique? Malgré ces symptômes, j'écartai le diagnostic de colique néphrétique: je lui substituai celui d'appendicite.

« Voici pourquoi: au cas de colique néphrétique, la région lombaire correspondant au rein lithiasique est toujours douloureuse; elle ne l'était pas chez notre malade; de plus, les douleurs de la colique néphrétique ont pour caractère d'apparaître brusquement et de cesser de même; ces douleurs, atroces pendant quelques heures, une journée ou plus longtemps, disparaissent comme par enchantement aussitôt que le gravier migrateur est tombé dans la vessie; or, chez notre malade, les douleurs avaient duré dix-huit jours; elles avaient été lentes à décroître et elles persistaient encore dans la fosse iliaque droite à l'examen du malade. De plus, la maladie avait laissé au point de MacBurney, dans la zone cæco-appendiculaire des signes qui caractérisent non pas la colique néphrétique, mais l'appendicite.

« Je portai donc le diagnostic appendicite, et je décidai l'opération qui fut pratiquée par mon ancien interne Marion. Le diagnostic se trouva vérifié; il s'agissait en effet d'appendicite et du même coup l'opération nous donna l'explication des symptômes pseudo-néphrétiques éprouvés par le malade pendant ses crises appendiculaires. L'appendice montait derrière le cæcum et était englobé dans un paquet de fausses membranes qui unissaient la face postérieure du cæcum au muscle psoas-iliaque; ces adhérences étaient le reliquat de poussées appendiculaires prises pour des coliques néphrétiques. L'appendice très volumineux et adhérent fut difficile à enlever; il était oblitéré à sa base (toujours la cavité close) et, au-dessous du segment oblitéré, on voyait une petite ulcération profonde qui n'aurait

pas tardé à se perforer. Par sa situation l'appendice enveloppé d'un paquet de membranes était cause des irradiations douloureuses à la cuisse et au testicule. En effet, la tumeur appendiculaire accolée à la face antérieure du muscle psoas était en connexion intime avec le nerf génito-crural qui chemine sur le muscle. L'excitation du rameau génital de ce nerf, qui se distribue à la peau du scrotum et au crémaster, explique la douleur et la rétraction testiculaire ; l'excitation de son rameau crural qui donne des filets cutanés à la partie supérieure et antérieure de la cuisse explique les douleurs de cette région. Ainsi se trouvait vérifiée la pathogénie des symptômes, qui, chez notre malade avaient donné à l'appendicite quelque apparence de colique néphrétique. L'opération fut suivie de guérison.

Après avoir signalé les névrites du crural, causées par l'appendice en position rétro-cæcale, cas assez fréquents qui ont été signalés par bien des chirurgiens, arrivons à une complication rare, il est vrai, mais très intéressante que MM. Raymond et Guillaïn ont signalée l'an dernier et que nous-même avons eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière ; il s'agit d'une complication non encore décrite de l'appendicite et de la péri-appendicite, dont on peut suivre presque schématiquement les différentes étapes dans cette observation remarquable qui a été publiée par MM. Raymond et Guillaïn. Elle nous montre, elle aussi, que le système nerveux peut être gravement lésé au cours de l'appendicite et que, parmi les méfaits de cette maladie, un nouveau chapitre doit être ouvert, celui des névrites appendiculaires.

« M. Legueu envoyait le 4 novembre 1904 à la Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière un homme de trente-neuf

ans qu'il avait récemment opéré à l'hôpital Necker pour une appendicite, et qui présentait des troubles nerveux dans les membres inférieurs. Voici d'ailleurs, ce point est important, quelle avait été dans ce cas l'évolution de l'appendicite et des accidents nerveux.

« C'est au mois de mai 1903 que cet homme, qui exerçait la profession de maçon, eut une première crise d'appendicite. Cette crise nécessita un repos au lit de trois à quatre semaines. Il est à noter que huit à dix jours après le début de l'appendicite, le malade eut des douleurs violentes dans la cuisse droite. Ces douleurs continues, avec des exacerbations paroxystiques, offraient les caractères et la localisation des douleurs de la névralgie crurale ; elles existaient au niveau du triangle de Scarpa et de la région antérieure et interne de la cuisse jusque vers l'articulation du genou. Les douleurs suivaient aussi le trajet du cordon spermatique, irradiaient vers le testicule droit qui avait tendance à remonter vers l'anneau inguinal.

« Les manifestations douloureuses s'amendèrent en même temps que les accidents appendiculaires. Aussi, depuis le mois de juin jusqu'au mois de septembre, notre malade put reprendre l'exercice de sa profession ; il avait toutefois quelques douleurs intermittentes dans la région crurale antérieure.

« Au mois de septembre, survint une seconde crise d'appendicite. Alors apparurent des douleurs à la région postérieure de la cuisse, des signes évidents de névralgie sciatique ; ces différents symptômes s'amendèrent ; le patient reprend son métier de maçon jusqu'au mois de février 1904, conservant cependant certaines sensations pénibles durant la marche.

« Au mois de février 1904, nouvelle crise appendiculaire. A cette époque, pour la première fois, survinrent des douleurs dans la région du mollet droit et des sensations de fourmillement dans le pied. Cette crise d'appendicite guérit comme les précédentes, mais, quand le malade commença à se lever, il remarqua qu'il avait une certaine difficulté à soulever le membre inférieur droit et qu'il boitait. D'ailleurs, durant les mois qui suivirent, il constata que son membre inférieur droit s'amaigrissait d'une façon très sensible.

« Au mois d'août, il eut encore une attaque d'appendicite. Alors, les symptômes douloureux s'exacerbèrent dans le territoire du nerf crural et du nerf sciatique droit. A cette époque, il commença à ressentir des douleurs dans le territoire du nerf sciatique gauche.

« En raison de ces crises appendiculaires récidivantes, cet homme, qui habitait la province, vint à Paris et se fit admettre dans le service de M. Legueu qui l'opéra le 19 septembre ; on constata des adhérences péri-appendiculaires nombreuses, l'appendice était en position rétro-caecale, sa libération fut difficile ; il n'y avait pas de suppuration locale.

« Après cette intervention le malade continua encore à souffrir dans ses membres inférieurs. Ces douleurs étaient très vives. De plus la parésie s'accrut, les pieds devinrent tombants, ce qui témoignait de la paralysie des muscles extenseurs, les deux membres inférieurs s'atrophiaient. Il convient de remarquer toutefois que la paralysie et l'atrophie musculaire étaient surtout accentuées au niveau du membre inférieur droit.

« C'est alors que le malade fut reçu à l'hospice de la Salpêtrière.

« Quand nous l'avons examiné, nous avons constaté la symptomatologie suivante :

« La paralysie du membre inférieur droit, était complète et totale ; le pied était tombant, dans l'attitude de l'équinisme. Au membre inférieur gauche, les phénomènes parétiques étaient un peu moins accentués. C'est ainsi que les mouvements de flexion et d'extension des orteils étaient esquissés, que les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe pouvaient se faire, sans aucune force d'ailleurs ; les mouvements de flexion et d'extension de l'articulation du genou et de l'articulation coxo-fémorale étaient encore possibles avec une certaine force, et le malade était capable de résister quand on s'y opposait. L'adduction de la cuisse était bonne, mais l'abduction très défectueuse.

« L'atrophie musculaire était considérable sur tout le membre inférieur droit ; à gauche, elle était bien moindre et semblait

limitée aux muscles des régions antérieure et postérieure de la jambe. L'état des différents réflexes des membres inférieurs était fort important à déterminer. Or, à droite, les réflexes achilléen, rotulien, contra-latéral des adducteurs, cutané plantaire, crémastérien étaient abolis. A gauche, les réflexes rotulien et achilléen étaient très faibles ; les réflexes cutané plantaire et contra-latéral des adducteurs nuls, le réflexe crémastérien normal. Les réflexes cutanés abdominaux étaient normaux à gauche et très faibles à droite.

« L'examen électrique des muscles a été pratiqué par M. Huët, qui a constaté une réaction de dégénérescence très accusée dans tous les muscles du membre inférieur droit (fessiers, tenseurs du fascia lata, adducteurs, couturier, triceps crural, muscles postérieurs de la cuisse, muscles antérieurs, externes et postérieurs de la jambe, muscles plantaires). Dans tous ces muscles, l'excitabilité faradique était très diminuée, l'excitabilité galvanique diminuée aussi, avec des contractions lentes et secousse de fermeture plus faible au pôle négatif qu'au pôle positif. En ce qui concerne le membre inférieur gauche, il y avait des traces de réaction de dégénérescence dans les muscles postérieurs de la cuisse, dans les adducteurs, les muscles postérieurs de la jambe, les péroniers, l'extenseur des orteils et les muscles plantaires ; au contraire il n'y en avait pas dans le jambier antérieur, le triceps crural, le couturier, ni dans les fessiers. Pour ces derniers muscles, toutefois, l'excitabilité faradique et galvanique était assez fortement diminuée. Le malade n'avait plus de douleurs spontanées, mais la pression des muscles du mollet et de la cuisse était douloureuse à droite ; de ce côté, on retrouvait les points de la névralgie sciatique ; le signe de Lasègue était positif ; à gauche, les douleurs à la pression étaient bien moindres.

« On ne constatait pas de troubles de la sensibilité objective, pas de troubles des sphincters. Il existait quelques perturbations vaso-motrices caractérisées par des sueurs exagérées ; les pieds, principalement le pied droit, étaient toujours froids. Abstraction faite de ces phénomènes observés dans les membres inférieurs, l'état général de cet homme était satisfaisant ; il n'y avait chez lui aucun trouble des différents viscères. »

Nous venons de rapporter dans son entier l'observation de MM. Raymond et Guillaïn ; il s'agit donc d'un malade atteint d'appendicite à rechutes, qui, après une série de crises, présente successivement à droite des phénomènes de névrite du nerf crural puis du nerf obturateur enfin du sciatique avec atrophie des muscles innervés par ces nerfs ; plus tard, les mêmes phénomènes se produisent dans les nerfs du plexus sacré gauche ; on peut suivre la progression des lésions nerveuses avec chaque poussée d'appendicite et constater l'influence évidente de chaque crise appendiculaire sur les phénomènes nerveux dont l'amélioration ou l'exacerbation coïncidait avec les rémissions ou les poussées inflammatoires aiguës appendiculaires ou péri-appendiculaires.

Nous devons nous rapporter encore à ces auteurs pour la discussion et l'interprétation qu'ils ont faite de cette observation : nous ne pourrions y ajouter rien de personnel, la question ayant été traitée par eux avec un soin, une science et un souci de l'exactitude devant lesquels l'on doit s'incliner, toute discussion devenant impossible ; ce qui crée en effet tout l'intérêt de cette observation, c'est qu'au point de vue neurologique elle est un bel exemple de névrite ascendante en même temps qu'une complication rare de l'appendicite.

« Nous venons de dire (MM. Raymond et Guillaïn) que l'affection dont il s'agit chez cet homme est une névrite des nerfs des membres inférieurs.

Nous croyons absolument inutile de discuter ce diagnostic, car il est bien certain qu'aucune autre affection ne peut être mise en cause. Mais cette névrite, de par son évolution, est une névrite très particulière, une névrite ascendante. On ne peut admettre, en effet, une polynévrite infectieuse ou toxique réalisée par l'infection ou l'intoxication sanguines, car on ne comprendrait pas comment cette polynévrite aurait, durant une année, évolué par étapes successives, atteignant d'abord le nerf crural droit puis le plexus sacré de ce côté, enfin le plexus gauche. Au contraire, la marche progressive, extensive des lésions, donne à cette névrite appendiculaire tous les caractères de la névrite ascendante. Pour bien saisir la pathogénie de cette névrite ascendante ayant son point de départ au niveau du nerf crural, il nous paraît nécessaire de rappeler quelques notions d'anatomie sur les rapports du cæcum et de l'appendice iléo-cæal. Quand le cæcum occupe sa situation normale, sa paroi postérieure repose dans la fosse iliaque. Entre le cæcum et le muscle psoas iliaque, on trouve le péritoine pariétal, le tissu cellulaire sous-péritonéal, le fascia iliaca, le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on voit les vaisseaux iliaques externes et le nerf génito-crural ; dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique chemine le nerf crural, entre les muscles psoas et iliaque. La situation du cæcum n'est pas constante chez tous les sujets ; cet organe peut occuper une situation haute (lom-

baire, prérénale ou sous-hépatique), ou une situation basse (pelvienne).

L'appendice vermiculaire, relativement au cæcum et au côlon ascendant est susceptible aussi d'occuper des situations dissemblables. Il peut avoir des positions sous-cæcales, pré-cæcales, latéro-cæcales, rétro-cæcales. La position rétro-cæcale de l'appendice est relativement fréquente. Ainsi dans la statistique de M. Biggs portant sur cent trente-six cas, l'appendice était rétro-cæcal trente-deux fois ; MM. Tuffier et Jeanne, sur cent dix-huit autopsies, ont rencontré l'appendice rétro-cæcal trente-deux fois, M. John Fergusson soixante-cinq fois sur deux cents cas, M. Tarnetzky dix-neuf fois sur cinquante-six cas.

D'après ces documents anatomiques, on comprend que chez certains sujets l'appendice ait avec le muscle psoas et avec le nerf crural des rapports beaucoup plus intimes que chez d'autres. Aussi s'explique-t-on comment dans les inflammations de l'appendice avec péri-appendicite simple ou suppurée, le psoas et le nerf crural peuvent parfois être le siège de lésions. C'est incontestablement dans les cas d'appendicite rétro-cæcale que l'infection du psoas ou du nerf crural peut se faire avec le plus de facilité ; rappelons d'ailleurs que chez notre malade, M. Legueu constata au cours de son opération que l'appendice était en position rétro-cæcale.

Aussi bien, la marche et l'extension des lésions névritiques chez notre patient, s'expliquent-elles

facilement par les considérations qui précèdent; la subordination des symptômes cliniques aux lésions nerveuses apparaît évidente à la lecture de l'observation.

Notre malade a sa première crise d'appendicite, a eu peut-être de la psoïtis, mais, de plus, une infection du nerf crural, par contiguité ou par continuité. Cheminant à travers les espaces lymphatiques du nerf crural, l'infection a gagné le plexus lombaire et atteint le nerf obturateur qui naît du plexus lombaire par trois racines provenant des deuxième, troisième et quatrième nerfs lombaires de même d'ailleurs que le nerf crural qui tire son origine de ces mêmes paires par trois grosses racines convergeant l'une vers l'autre et se réunissant dans l'épaisseur du muscle psoas. L'infection du plexus sacré s'est faite par l'intermédiaire du tronc lombo-sacré. Ce tronc lombo-sacré est, on le sait, constitué par la branche antérieure de la cinquième lombaire grossie de l'anastomose que lui envoie la branche antérieure de la quatrième. Le plexus sacré étant infecté par la névrite ascendante, on s'explique les troubles douloureux observés dans le domaine du sciatique et les troubles parétiques qui se sont montrés dans les muscles fessiers, dans les muscles postérieurs de la cuisse, dans les muscles des régions antéro-externe et postérieure de la jambe et dans les muscles du pied.

« Enfin, l'infection du plexus a atteint la moelle et amené l'infection des racines et des nerfs du côté

gauche ; mais il semble que, dans ce stade ultime, l'infection ait été atténuée et légère, puisque l'on ne constate que des traces de réaction de dégénérescence dans les muscles postérieurs de la cuisse, dans les adducteurs, dans les muscles postérieurs de la jambe, dans les péroniers, l'extenseur des orteils et les muscles plantaires. Au niveau du jambier antérieur, il n'y a pas de réaction de dégénérescence pas plus que dans le triceps crural, le couturier et les fessiers. Rappelons toutefois que dans ces derniers muscles, l'excitabilité faradique et galvanique est assez fortement diminuée. L'inflammation appendiculaire a donc déterminé chez notre malade un processus de névrite ascendante. »

Ce processus de névrite ascendante que les auteurs ont décrit dans leur observation, s'explique par ce fait que les microbes ou les toxines peuvent suivre la voie des nerfs, remonter plus ou moins haut vers le névraxe et créer même parfois des lésions médullaires secondaires ; chez ce malade, on peut constater qu'à chaque crise d'appendicite, alors qu'augmentait la virulence de la flore microbienne et que s'élaboraient des poisons nouveaux, les phénomènes de névrite s'accroissaient ; il n'est pas douteux que l'ablation précoce de l'appendice, en faisant disparaître le foyer d'infection et d'intoxication, aurait évité les lésions des plexus lombo-sacrés dont ce malade était atteint.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons d'étudier les complications nerveuses de l'appendicite en tant que complications toxico-infectieuses sur le système nerveux central et périphérique ; envisageant la question d'un autre point de vue, voyons maintenant quels peuvent être les rapports, quelle est l'influence de l'appendicite sur les états nerveux et psychiques de certains sujets. Nous diviserons cette étude en deux chapitres et nous aborderons successivement les névroses appendiculaires, les neurasthénies et les phobies appendiculaires.

Les névroses appendiculaires

L'appendicite agissant en cela comme les salpingites, les maladies utéro-ovariennes, peut, par le processus inflammatoire qu'elle entraîne, être une cause d'appel pour les accidents hystériques ; là encore, c'est le cas de rappeler le vieil adage : « *Ubi dolor aut fluxus, ibi sæpe hysteria.* »

De plus l'appendicite peut, chez des névrosés qui n'ont aucune trace d'appendicite, être la cause de troubles subjectifs, de sensations diverses, d'états particuliers occasionnant à la longue des accidents et des troubles sérieux de l'économie. Quels sont les rapports de l'hystérie avec l'appendicite ?

L'hystérie agit de deux façons bien distinctes ; ou bien elle crée une appendicite de toutes pièces, avec des symptômes d'intensité différente allant de la colique appendiculaire simple avec douleurs vives dans l'hypocondre droit, vomissements, triade symptomatique, à la forme d'appendicite grave, avec péritonite et contracture du muscle droit de l'abdomen donnant au palper la sensation d'une tumeur limitée.

L'hystérie, dans ces cas, peut être seule en cause et l'appendice ne présenter aucune lésion macroscopique ou microscopique. L'appendicite « fantôme »

de Brissaud, la pseudo-appendicite hystérique de Talamon rentrent dans cette catégorie.

L'hystérie peut encore exagérer et exaspérer les symptômes d'une appendicite légère jusqu'à faire croire à une appendicite perforante et à une péritonite diffuse : c'est l'appendicite avec péritonisme hystérique.

En se comportant ainsi, l'hystérie agit d'ailleurs comme elle le fait dans la plupart des maladies aiguës ; que de fois en effet ne voit-on pas de simples laryngites, des angines se compliquer de spasme glottique, se transformer sur place en aphonie, en toux sonores rauques et stridentes de nature nerveuse contre lesquelles la médication habituelle des inflammations n'a aucune prise ; une simple bronchite avec râles disséminés entraîne parfois une dyspnée intense et des accidents disproportionnés avec les lésions anatomiques et les renseignements que nous donnent l'auscultation et la percussion méthodique ; une hystérique est atteinte de pleurésie aiguë ? la suffocation devient si grande que l'asphyxie est imminente et l'on ne retire à la ponction qu'un demi-litre de liquide, quantité tout à fait insuffisante pour expliquer de pareils accidents. Une hystérique est atteinte de métrite ou de simple congestion utérine, aussitôt apparaissent des accidents de péritonisme avec tympanite intestinale, douleurs vives sur le trajet des nerfs lombo-abdominaux et sur les apophyses épineuses lombaires, hyperesthésie cutanée et abdominale et vomissements incessants. On croit à une

péritonite et cependant il n'y a pas de fièvre, pas d'altération des traits, aucun retentissement sur l'état général. Il ne s'agit en réalité que d'une pseudo-péritonite car bientôt cet orage passager se calme et tout rentre dans l'ordre (Huchard).

Nous avons insisté à dessein sur ces accidents hystériques pour bien montrer ce rôle trompeur que joue l'hystérie, car on ne saurait trop appeler l'attention sur la pseudo-appendicite des nerveux ; aujourd'hui, étant donné que le traitement chirurgical de l'appendicite est avec raison préconisé de tous côtés, une faute clinique pourrait entraîner à une action thérapeutique sinon nuisible, au moins inutile.

Sous le nom d'appendicite fantôme, le professeur Brissaud a décrit des crises douloureuses à répétition occupant la fosse iliaque droite, évoluant sans élévation thermique, mais avec vomissements, constipation et tuméfaction immobile, submate, pâteuse, du volume du poing ; ces accidents disparaissaient parfois brusquement et chez la malade de Brissaud, la prétendue appendicite fut brusquement remplacée par une héli-anesthésie gauche.

Cette intervention de l'hystérie, simulant l'appendicite, ne déroute pas trop le praticien lorsqu'on retrouve dans les antécédents des malades des stigmates de l'hystérie, attaques antérieures, zones hystérogènes, troubles sensitifs et sensoriels, etc. ; le diagnostic n'offre pas alors de très réelles difficultés, d'autant plus que les caractères de la tuméfaction iliaque rappellent ne que de loin le plastron de l'appen-

dicite et que les crises évoluent quelquefois sans fièvre ce qui est un précieux élément de diagnostic ; quand on voit, en effet, une appendicite avec des troubles fonctionnels intenses peu en rapport avec la lésion présumée, il faut toujours songer à la « grande névrose » qui, non contente de simuler les maladies, en grossit et aggrave en apparence les différents symptômes.

Mais, si jusqu'à l'explosion des accidents appendiculaires, gastro-intestinaux, l'hystérie ne s'était encore jamais dévoilée, était restée latente, attendant sournoisement l'occasion de se manifester, alors la question devient embarrassante et la difficulté réelle ; ces cas sont relativement assez fréquents, et, a dit Brissaud, on ne compte plus les cas d'hystérie mono-symptomatique ni ceux d'hystérie sans stigmates.

Tous les grands stigmates de l'hystérie manquaient chez la malade de Brissaud dont nous rapportons l'observation, et c'est ce qui, à un moment donné, avait rendu le cas embarrassant.

« Ma malade était une grosse Bretonne de dix-huit ans, rouge, joufflue, épaisse de corps et d'esprit, arrivée dernièrement à Paris pour se placer comme domestique mais se disant incapable de travailler parce qu'elle avait des douleurs d'estomac intolérables. Elle avait eu à quinze ans une fièvre typhoïde et c'est depuis cette époque qu'elle souffrait sans relâche avec des périodes d'exaspération qui rendaient l'alimentation impossible. Et cependant, elle n'avait jamais vomi. Depuis quatre mois seulement, elle avait commencé à vomir. Le jour même où elle entra à l'hôpital, elle vomit la presque totalité de ses

aliments ; elle n'arrivait pas à terminer ses repas. Sans aucun effort, sans nausées préalables, elle régurgitait ce qu'elle venait de prendre et puis recommençait immédiatement à manger et vomissait encore. La douleur n'était pas plus grande au moment des vomissements car la gastralgie était permanente. D'ailleurs, la malade s'en plaignait encore moins que d'une autre douleur, exactement limitée à la région cœcale et qui, celle-là, n'était survenue que deux ou trois jours auparavant. Dans la fosse iliaque droite, on trouvait une tumeur de la grosseur du poing, oblongue, dirigée en bas et en dedans, plus volumineuse à la partie supérieure qu'à la partie inférieure où elle paraissait s'effiler en raquette), immobile, submate, pâteuse, très sensible à la pression. La paroi ne présentait rien de spécial. La malade était constipée, elle n'avait pas de fièvre et sa langue était parfaitement propre ; il n'y avait à supposer rien de péri-utérin ; la menstruation était irrégulière et douloureuse, mais elle avait lieu sans interruptions prolongées, et, la persistance de l'hymen rendait le toucher impossible.

« L'intensité de la douleur iliaque, et la présence indubitable d'une tuméfaction du cæcum ou de la région du cæcum pouvaient bien être d'origine appendiculaire, d'autant que cela ne datait que de quelques jours, deux ou trois, tout au plus ; et puis, à cette époque, l'appendicite foisonnait ; elle avait remplacé l'influenza ; les chirurgiens n'avaient plus d'autre besogne et même ils s'opéraient entre eux.

D'autre part, j'étais frappé de ce fait que des vomissements réellement incoercibles depuis quatre mois n'eussent point modifié sensiblement l'état général, l'embonpoint, bref, les apparences extérieures de la santé et je me demandais si le syndrome iliaque n'était pas une épiphénomène passager de névropathie. M. Monod, qui voulut bien examiner la malade, ne se prononça pas. Il constata l'existence de la tuméfaction cœcale, sa matité, son extrême sensibilité à la palpation, mais il ne crut pas devoir intervenir immédiatement, il se tint à notre disposition pour le lendemain, le cas échéant, et nous attendîmes.

Les jours suivants, la situation ne se modifia pas. L'intumescence iliaque restait toujours la même et, d'autre part, les

douleurs gastriques et les vomissements ne diminuèrent pas. Le régime lacté, le bicarbonate de soude à toutes les doses, la valériane, l'opium, la cocaïne, le lavage de l'estomac, rien ne parvenait à calmer cet état de crise permanent ; mais, par compensation nous avions un diagnostic.

« Evidemment, tout cela était hystérique et, peu de temps après, nous en eûmes la certitude absolue.

« Un jour, on s'aperçut que la prétendue appendicite avait disparu. Elle était remplacée par une hémi-anesthésie gauche. La malade avait eu pendant la nuit une crise nerveuse de durée assez courte sur laquelle nous avons été mal renseigné.

« Cependant, au dire des voisines, il y avait eu des contorsions, des cris et un grand remue-ménage. La gastralgie persistait toujours affreusement pénible, et, lorsque par hasard survenait une accalmie, une autre névralgie s'installait, tantôt une céphalée.

« Peu à peu, conformément à la règle, les vomissements se compliquèrent d'anorexie secondaire, et, l'état général qui jusqu'alors s'était maintenu, ne tarda pas à s'altérer gravement. L'alimentation par la sonde n'arrêtant pas les vomissements, il fallut recourir à l'alimentation rectale. Entre temps, l'appendicite réapparut ; et puis, elle disparut encore. Chaque fois, c'étaient les mêmes signes et les mêmes symptômes ; cependant à la longue, la tuméfaction paraissait moins volumineuse et, par contre, les douleurs spontanées et provoquées de la région iliaque étaient plus vives.

« J'ai dit que ces crises de pseudo-appendicite se reproduisirent cinq à six fois. Si je n'en sais pas le nombre exact, c'est que nous avons fini par être blasé sur leur intérêt des premiers jours ; mais plusieurs de nos confrères, candidats au Bureau Central, à qui nous ne manquions pas de donner cette malade à examiner, s'étonnèrent de notre indifférence.

« Pendant une de ces recrudescences, la malade eut de l'anurie ; tout le ventre était endolori, complication d'un nouveau genre qui aurait pu faire supposer une péritonite si l'on n'avait pas été prévenu ; mais il ne s'agissait pas d'autre chose que d'un syndrome toujours hystérique désigné par les Anglais sous le

nom de « *spurious peritonitis* » et qui accompagne très fréquemment les météorismes localisés ou généralisés de la grande névrose.

« Je n'insiste pas, je n'ai plus à dire qu'une chose ; cette malade a quitté l'hôpital complètement guérie ; gastralgie, vomissements, hémi-anesthésie, pseudo-appendicite, tout avait disparu lorsqu'elle nous quitta vers la fin de l'automne. Le traitement auquel elle avait dû cette entière guérison fut une forme de psychothérapie dont s'étaient chargées spontanément les autres malades du service et que je n'ai pas à décrire. »

Ainsi donc, voilà une femme qui, jusqu'à l'apparition des accidents pour lesquels elle avait été hospitalisée, n'avait présenté aucun trouble hystérique ; rien dans ses antécédents ne dévoilait la « grande simulatrice ». Le diagnostic d'appendicite fantôme était néanmoins assez aisé à faire chez elle, on y arrivait par voie d'exclusion, par certains symptômes nerveux qu'elle présentait et par les caractères même de sa tuméfaction iliaque, tumeur effilée, en raquette, submate, ne rappelant que de loin les caractères du véritable plastron appendiculaire qui forme une plaque d'induration iliaque doublant la paroi, ovoïde ou triangulaire à base tournée vers la ligne médiane et sonore à la percussion profonde.

Talamon a rapporté un cas absolument identique à celui de Brissaud ; il cite une observation publiée par le Dr Shrady de New-York, dont voici le résumé :

« Le malade est un médecin qui présenta à quatre reprises différentes des phénomènes d'appendicite à rechute avec tumeur dans la fosse iliaque droite. Le Dr Shrady, qui soigna le malade pour les trois premières crises, porta le diagnostic de

pérityphlite. La quatrième crise eut lieu à Paris ; un chirurgien distingué vit alors le malade et le diagnostic de pérityphlite fut encore porté, tout comme pour les premières crises. Chacune de ces rechutes s'accompagnait de symptômes qui faisaient croire à la formation d'un abcès ; matité, sensibilité à la pression, rigidité de la paroi, gonflement légèrement œdémateux au voisinage du cæcum. A chaque crise on agita la question d'une intervention chirurgicale aussi bien à Paris qu'à New-York. Le malade se déclarait prêt à en courir les risques ; mais chaque fois les symptômes s'atténuaient graduellement. Ce médecin ayant succombé à une maladie intercurrente quelque temps après la quatrième attaque, le Dr Shrady pratiqua l'autopsie comme il le lui avait promis et constata que l'appendice était parfaitement sain ; il n'était même pas épaissi ; ni le tissu péri-cæcal ni le péritoine ne présentaient la plus légère trace d'inflammation. »

Le Dr Shrady, ajoute Talamon, ne se prononça pas dans son observation sur la nature des accidents qu'il avait observés chez son malade.

Il est indubitable que, seule, la névrose a tout fait dans ce cas : on ne pourrait comprendre en effet qu'un malade ait quatre crises de pérityphlite ou d'appendicite, sans qu'à l'examen direct des pièces sur la table d'autopsie, on ne retrouve aucune lésion, aucun reliquat des poussées péritonitiques antérieures ; si vraiment appendicite et péritonite il y avait eu, sans aucun doute on aurait trouvé les traces d'un processus inflammatoire et plastique se traduisant au moins par quelques adhérences, preuve tangible et irréfutable d'une poussée inflammatoire ; cette pseudo-pérityphlite, cette sensation de tumeur localisée étaient donc bien d'origine nerveuse,

Un autre cas curieux de pseudo-appendicite nerveuse a été observé par Follet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rennes ; chez son malade qui avait eu plusieurs crises appendicitiformes graves, on enleva un appendice qui fut reconnu légèrement altéré ; mais l'opération ne le guérit pas de ses crises, car quelque temps après, les symptômes d'appendicite reparaissaient avec la même intensité chez ce malade qui n'avait plus son appendice !

En voici l'observation abrégée :

« Jeune homme de dix-sept ans, sans antécédents morbides saillants. Jusqu'au 6 août 1897 n'a éprouvé aucun trouble gastro-intestinal. A partir de ce jour jusqu'au 25 octobre, a eu cinq crises d'appendicite à répétition, les phénomènes dans leur ensemble, siège de la douleur, évolution, etc., répondant bien à cette affection ; à part cela, tous les autres organes sont en parfait état.

« L'opération est effectuée dans de très bonnes conditions ; le succès opératoire est complet et l'on résèque un appendice légèrement altéré ; il n'y avait pas d'adhérences. Le malade sort guéri et enchanté de la maison de santé.

« Au mois de juin suivant, c'est-à-dire sept mois après l'opération, le malade, rentré dans sa famille est repris de coliques appendiculaires absolument identiques à celles qui avaient motivé l'opération quelques mois auparavant. Ces crises se reproduisirent encore en juillet et en août, ne durant que quelques jours, mais présentant toujours la symptomatologie d'une véritable crise appendiculaire. »

Le malade n'offrait aucun stigmate d'hystérie, mais l'observation porte qu'il était très nerveux et extrêmement impressionnable ; là encore, la névrose après avoir exagéré les symptômes de la maladie avant

l'opération, les avait simulés après la suppression de la cause ; ce malade était un névropathe et l'opération ne lui avait même pas procuré le bénéfice psychique que l'on aurait pu espérer si l'on avait connu la nature de ces accidents.

MM. Berthier et Milian ont publié un cas qui ressemble au précédent pour la marche de l'affection ; il s'en distingue par ce fait que leur malade présentait des accidents hystériques avérés et avoués :

« Il s'agit d'un jeune homme qui eut, à l'âge de vingt ans, une crise ayant toute ressemblance avec une crise d'appendicite.

« Laparotomie : On trouve un appendice normal sans la moindre trace de lésion ni de réaction inflammatoire sur la séreuse voisine. On referme le ventre sans rien réséquer : le diagnostic de pseudo-péritonite nerveuse est alors fait, et le malade sort de l'hôpital guéri et content.

Deux mois après, nouvelle crise et nouvelle laparotomie ; on résèque de parti pris un appendice qui, à part quelques légères adhérences causées sans nul doute par les investigations digitales de la laparotomie précédente, ne présente aucune lésion macroscopique ; mais, au microscope, on reconnaît les lésions d'une appendicite oblitérante atrophique. Devant cette lésion, le diagnostic précédemment formulé après la première laparotomie tombait de lui-même, puisque les crises appendiculaires trouvaient leur explication dans la lésion qui avait causé ce processus d'appendicite oblitérante atrophique. Mais, peu de temps après, ce malade privé de son appendice, rentrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu pour une appendicite !

« Le malade était, le 8 avril, à la consultation dentaire de l'Hôtel-Dieu, où il venait se faire arracher un « chicot », quand subitement, il fut pris d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite et tomba sur le parquet.

Le personnel médical de la consultation de se précipiter, éther en main, pour soigner cette « syncope » et, comme à son

réveil, le malade se plaignait de sa fosse iliaque droite et parlait d'appendicite, on le reçut avec empressement en chirurgie.

Le malade conserva sa douleur iliaque, et, de plus se mit à vomir.

Décemment, les chirurgiens ne pouvaient lui enlever une seconde fois l'appendice ; aussi, toujours souffrant, et toujours vomissant, fut-il envoyé en médecine dans le service de M. Audhoui.

Nous pourrions transcrire ici, en totalité, l'observation de M. Glantenay relative au premier accident appendiculaire : « Douleurs localisées à la fosse iliaque droite, vomissements fréquents alimentaires et bilieux sans céphalée, frisson ni sudation exagérée. Grande sensibilité de l'abdomen avec douleur maxima au niveau du point de Mac-Burney. La moindre pression exercée dans la région de la fosse iliaque droite arrache des cris au patient ; hyperesthésie des téguments bien caractérisée. Pas de ballonnement du ventre. Il y a un certain degré de contracture des muscles de la paroi, mais pas d'empatement dans la région appendiculaire. Constipation. Température, 37°1 ». L'analogie était complète.

Pour achever le tableau, ajoutons la cicatrice de l'opération antérieure.

Passons légèrement sur notre perplexité. Le lendemain, l'examen fut pratiqué plus à fond et, aux signes précédents, nous pûmes ajouter les suivants :

La douleur spontanée n'était pas seulement iliaque, mais irradiait au testicule droit et à la région lombaire. Il y avait douleur à la pression, non seulement au niveau du point de Mac-Burney, mais encore à la pression du testicule et des points vertébral et latéral du douzième nerf intercostal : Les vomissements que nous n'avions pas vus la veille, avaient les caractères des vomissements nerveux (abondance extrême de salive ; une demi-cuvette, souillée de quelques flocons de lait coagulé).

Il existait une héli-anesthésie gauche manifeste, de l'héli-hyperesthésie droite, un rétrécissement concentrique considérable et bilatéral du champ visuel. Enfin, le malade racontait

qu'il avait, depuis l'âge de quinze ans, des attaques, et la description qu'il en donnait permettait de penser qu'il s'agissait de crises épileptiques, mais auxquelles s'ajoutent, depuis quelques années, des éléments hystériques importants (particulièrement : *durée prolongée des attaques*).

Avec le rite approprié, une pilule de bleu de méthylène de 5 centigrammes fut administrée au malade qu'on assura d'une guérison certaine s'il urinait bleu. Deux heures après, le malade pissait bleu, était guéri complètement et demandait à manger. »

On ne peut donner une démonstration plus évidente de la nature hystérique des accidents appendiculaires présentés par cet homme : le malade a d'abord eu deux légères crises d'appendicite ; c'est probable, l'examen de l'appendice permettant d'avancer ce fait ; à cette première période, l'appendice enflammé a été le point de départ de réflexes violents qui ont exagéré la maladie, et ont rendu le tableau symptomatique plus violent. Dans une seconde période, alors que le malade, débarrassé de son appendice, n'a plus de raison pour faire une crise, une poussée douloureuse et congestive de ce côté, les symptômes appendiculaires ont réapparu avec une nouvelle intensité, simulés de bout en bout par l'hystérie ; ainsi se trouvent réunis chez ce même malade, les deux modes d'action de l'hystérie que nous rappelions au début de ce chapitre.

Notons que les auteurs de l'observation qui précède expliquent la pathogénie de cette pseudo-appendicite par une névralgie du douzième nerf intercostal s'accompagnant de réactions nerveuses à distance ; leur

malade présentait les points douloureux classiques ; vertébral, latéral et antérieur, celui-ci correspond à peu près au point de Mac-Burney et étant à cause de ce voisinage le principal auteur des erreurs de diagnostic qu'on qualifie d'appendicite nerveuse.

A l'appui de cette façon de voir, ils citaient l'exemple d'une femme qu'ils avaient vue dans le service du professeur Cornil à l'Hôtel-Dieu et qui avait présenté les symptômes suivants :

« Hospitalisée pour une sclérose latérale amyotrophique, cette femme fut prise subitement, un soir à 8 heures d'une douleur extrêmement violente dans la fosse iliaque droite et de nausées. Nous la vîmes un quart d'heure après l'apparition si soudaine des accidents. La douleur était si vive que la malade en était angoissée et presque dyspnéique. La pression du doigt au niveau précis du point de Mac-Burney réveillait cette douleur d'une manière exquise ; aussi pensions-nous d'abord à l'appendicite. Mais, le réveil de la douleur à la pression au niveau des points latéral et vertical du douzième nerf intercostal vint nous montrer notre erreur. »

Tous ces symptômes inquiétants disparaissaient d'ailleurs après l'ingestion d'un cachet d'antipyrine.

Nous avons cité à dessein ces quelques lignes d'observation pour insister sur le rôle de cette zone hystérogène avoisinant le point de Mac-Burney, car chez le malade qui nous occupe, c'est l'hystérie qui a tout fait en exaltant de la même façon, à un moment donné, la sensibilité de cette zone hystérogène costiliaque droite.

Talamon a observé un cas qui ressemble en tous points au précédent ; son malade, un enfant entaché

d'hystérie ne fut guéri lui aussi de ces crises appendiculaires que par une énergique suggestion.

« Mon malade est un petit garçon de huit ans, dont j'avais soigné le frère à l'âge de neuf ans pour divers accidents hystériques, blépharospasme intermittent à la suite d'une légère conjonctivite, qui a persisté plus d'un an, hémispasme glosso-labé pendant huit jours, à la suite d'une excoriation de la narine; en outre, dans sa première enfance, il avait eu à plusieurs reprises au moment de la dentition une paralysie passagère, tantôt d'un bras, tantôt de l'autre et une contracture de la jambe gauche pendant plusieurs semaines.

Mon petit malade, bien que très nerveux, n'avait jamais eu d'accidents hystériques caractérisés. Quand, au mois d'août 1895, étant à la campagne, il fut pris une nuit de douleurs violentes dans le ventre avec cris, agitation générale, vomissements répétés. Quand le médecin appelé arriva, au bout de deux heures, la crise était terminée. Mais, une deuxième crise analogue se reproduisit une quinzaine de jours plus tard, cette fois encore au milieu de la nuit et le médecin émit l'hypothèse d'une crise appendiculaire. A la troisième attaque qui eut lieu au bout d'un mois, il insista encore sur l'idée d'une appendicite et parla même à la mère de la possibilité d'une intervention si d'autres rechutes survenaient. A peine de retour à Paris, la mère vint me demander mon avis. Je la priai de m'envoyer chercher dès que les premiers symptômes d'un nouvel accès se produiraient.

« Huit jours après, j'étais appelé vers minuit. L'enfant s'était couché bien portant, ayant dîné comme d'habitude. Il s'était réveillé vers 11 heures, gémissant et se plaignant d'une douleur violente dans le ventre et dans l'estomac; il avait vomi à deux reprises et, depuis lors, il ne cessait de s'agiter et de se retourner, criant qu'il étouffait et se raidissant par moments de tout son corps. Je le trouvai dans cet état, se débattant dans son lit dont il avait rejeté au loin les couvertures, poussant par instants des cris de fureur, disant que son estomac lui remontait dans la gorge et faisant des efforts pour vomir, mais

ne rendant plus que quelques mucosités. Il n'y avait pas de fièvre; le ventre était sensible partout, non ballonné, mais dur et tendu du côté droit; la moindre pression dans le flanc droit arrachait des cris à l'enfant et, en appuyant sous le rebord costal, je provoquais une véritable contorsion du tronc qui se raidissait et se cambrait en extension. Une zone d'hyperesthésie semblable existait aussi en arrière, à droite, dans la région dorso-lombaire. Je rassurai la mère; je fis appliquer un cataplasme laudanisé sur le ventre et prescrivis une potion calmante que le malade n'eut pas besoin de prendre, car au bout d'une heure il s'endormait assez tranquillement.

Le lendemain matin, je lui déclarai formellement en le regardant dans les yeux, que si pareille crise se reproduisait encore, je serais obligé de lui ouvrir le ventre.

Cette menace suffit; car depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix-huit mois, aucun incident nocturne n'est survenu: l'enfant a toujours un sommeil agité; il rêve et parle tout haut une partie de la nuit; mais il n'a plus eu une seule crise nerveuse. Les zones hystérogènes sous-costale et dorso-lombaire droites restent toutefois très sensibles à la moindre pression. »

La pathogénie des accidents nerveux que présentait cet enfant est aisée à expliquer; l'enfant est un hystérique, et ses crises appendiculaires ont été simulées par une hyperesthésie de sa zone hystérogène droite correspondant au point de Mac-Burney; la suggestion, qui fut en somme la seule thérapeutique employée, en le débarrassant de ces accidents, ne fit que confirmer l'origine purement nerveuse des crises.

Nous voulons insister sur ce rôle de l'hystérie dans l'appendicite en citant cette observation de Talamon, où l'hystérie a donné à une simple colique appendiculaire les apparences d'une appendicite perforante suraiguë avec péritonite :

« Il s'agit d'une des surveillantes de mon service à l'hôpital Tenon, femme de trente-neuf ans, bien portante habituellement et n'ayant d'autre trouble intestinal qu'une tendance assez marquée à la constipation. Les accidents débutent brusquement dans la nuit par une douleur atroce dans la fosse iliaque droite, douleurs fixes avec violentes irradiations paroxystiques dans l'aîne et dans tout l'abdomen, suivie de vomissements alimentaires et bilieux incessants.

Le lendemain, malgré l'application de sangsues et d'une vessie de glace, malgré deux injections de morphine, les vomissements et les douleurs abdominales persistent sans amendement. Le facies est celui d'une péritonite par perforation, traits tirés, yeux excavés, extrémité du nez, pommettes et oreilles, froides et légèrement violacées. Le ventre est dur, tendu, rétracté et hyperesthésié dans toute son étendue avec maximum de la douleur à droite. La fièvre est à 38°2.

Le surlendemain, l'état est le même et M. Walther, appelé en mon absence par mon interne, conclut à une intervention dans les vingt-quatre heures s'il ne se produit pas d'amélioration.

En attendant, on continue la glace et la morphine.

Nous voyons la malade le troisième jour avec M. Walther. Changement radical dans la situation. Le facies grippé a fait place à un visage calme et reposé. Les vomissements ont cessé; l'abdomen est souple et se laisse facilement explorer; on ne constate aucun empatement à la palpation de la fosse iliaque droite. La pression est seulement encore douloureuse au point de Mac-Burney et dans l'espace costo-iliaque. La température est à 37 degrés. Le jour suivant, la douleur elle-même avait disparu.

En plus de tout l'intérêt que présente cette observation, deux points en particulier sont à retenir; la douleur au point de Mac-Burney et dans l'espace costo-iliaque droit et la transformation presque subite, radicale, de l'état de la malade sitôt qu'on a

parlé d'intervention chirurgicale ; ces deux faits montrent bien la présence de l'hystérie ; en effet, la région douloureuse correspond exactement à cette zone hystérogène costo-iliaque droite dont nous avons parlé dans une observation précédente, et cette amélioration immédiate de la malade a été obtenue par la simple menace d'opération qui a agi comme suggestion énergique et a suffi à faire disparaître complètement et en quelques instants les accidents péritonitiques.

L'existence d'une appendicite légère n'était cependant pas discutable. Car l'année suivante, à peu près à la même époque, dit Talamon, la même surveillante eut une nouvelle crise appendiculaire avec colique, vomissements et fièvre ; mais cette fois il n'y eut pas de réaction hystérique ; ces symptômes furent ceux d'une appendicite pariétale simple et disparurent en huit jours sans soulever même l'idée d'une intervention chirurgicale. C'est le péritonisme hystérique qui avait donné à la première crise le caractère dramatique qu'elle avait présenté.

Cet exemple d'appendicite avec péritonisme hystérique que nous venons de rapporter est très important à retenir ; de pareils cas qui se rencontrent assez fréquemment peuvent mettre le médecin non averti dans un cruel embarras ; il faut bien les connaître pour ne pas être intimidé et dérouté au lit du malade par des accidents qui n'ont de gravité que l'apparence ; chez notre malade, en effet, la colique appendiculaire légère, banale, qu'elle a eue a si bien pris

la forme d'une péritonite aiguë par perforation que la nécessité d'une intervention a paru s'imposer ; la petite lésion appendiculaire a été, chez cette femme, entachée d'hystérie, le point de départ de réflexes d'une intensité telle que la simple colique appendiculaire a présenté toute la symptomatologie tragique de l'appendicite perforante suraiguë avec péritonite.

Nous citerons encore, pour clore ce chapitre des névroses appendiculaires, cette complication nerveuse de l'appendicite qui consiste dans l'aggravation et l'exagération des symptômes d'une lésion organique que présente le malade ; l'appendicite agit alors comme excitation périphérique et est le point de départ de réflexes violents qui, grâce à une excitabilité anormale du système nerveux du malade, vont entretenir et exagérer les symptômes de cette lésion existante ; cette excitabilité particulière du système nerveux qui est un facteur indispensable pour la production de ces accidents est due ordinairement à l'hystéro-neurasthénie. Nous en donnerons un exemple typique dans cette observation de M. G. Hayem relative à des vomissements dits nerveux d'origine réflexe dont le point de départ était l'appendice et qui ont disparu presque immédiatement après l'extirpation de l'appendice ; trois facteurs avaient produit et entretenu cet état : une lésion organique de l'estomac que des analyses répétées des vomissements et du suc gastrique ont permis de diagnostiquer gastrite mixte très ancienne parvenue à une

phase d'atrophie glandulaire avancée ; cette lésion a préparé le terrain à la gastro-névrose dont l'apparition était facilitée par l'hystéro-neurasthénie de la malade, enfin l'excitation périphérique, le point de départ du réflexe avait pour siège un appendice chroniquement enflammé, très anciennement et profondément altéré.

« Il s'agit d'une femme de quarante-six ans, cuisinière, entrée pour la première fois dans mon service en novembre 1895. Elle présentait alors des vomissements incoercibles offrant tous les caractères des vomissements dits nerveux (et c'est là le diagnostic posé par tous les médecins à qui je la présentai à cette époque). Ces vomissements remontaient déjà à une période fort ancienne, puisque c'est à l'âge de dix-huit ans qu'ils se sont montrés pour la première fois. Dans ses antécédents héréditaires, on ne relève aucune névropathie. Son père toutefois était asthmatique. Jusqu'à dix-huit ans, elle a toujours été bien portante. Dès l'âge de treize ans, elle a commencé à exercer le métier de cuisinière. Elle s'est surmenée, a perdu l'appétit, éprouvait du dégoût pour toute sorte d'alimentation, mais sans souffrir et sans se préoccuper autrement de son état.

Elle a été réglée très tard, à dix-sept ans.

A dix-huit ans, elle a présenté les symptômes d'une chloro-dyspepsie, et, c'est à ce moment que, pour la première fois, elle a été atteinte de vomissements.

Dès cette époque, ils présentaient les caractères des vomissements nerveux. Très fréquents, accompagnés d'une vive douleur à l'épigastre et dans le reste du ventre, ils ont obligé le malade à suspendre son travail et à entrer à l'hôpital Rotschild. Jusque-là, rien dans ses antécédents n'indiquait la présence d'une névrose manifeste. Mais à l'hôpital, à la suite d'une vive frayeur (crainte inspirée par l'application de pointes de feu), elle est prise d'une crise d'hystérie franche qui se renouvelle les jours suivants ; ces attaques se sont encore reproduites plusieurs fois pendant les trois années suivantes, pour dis-

paraître ensuite définitivement. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade, ordinairement très constipée, présente, à plusieurs reprises, de violentes poussées de diarrhée, mais sans aucun phénomène fébrile. Après un traitement de trois mois, elle sort un peu améliorée et retourne dans son pays en Alsace. Là, pendant trois ou quatre ans, elle présente une bonne santé relative, mais les douleurs et les vomissements reparaissent de temps en temps, toutes les fois principalement qu'elle reprend son métier de cuisinière. Elle se marie à vingt-cinq ans, a un enfant à vingt-six.

A vingt-huit ans, les vomissements reparaissent plus fréquents ; la douleur abdominale est plus vive, plus diffuse ; il y a de temps en temps de la diarrhée mais toujours sans fièvre. Elle entre une deuxième fois à l'hôpital Rotschild, où elle contracte la variole. Les vomissements disparaissent au cours de cette maladie aiguë. De vingt-neuf à quarante-quatre ans, nouvelle phase de bien-être relatif, mais il existe toujours quelques symptômes de dyspepsie : ballonnement du ventre, constipation opiniâtre, crises de diarrhée, vomissements par accès ; mais toujours sans poussées fébriles. A quarante-quatre ans, en février 1895, elle contracte une maladie aiguë avec fièvre diagnostiquée influenza et que l'on traite par de nombreux purgatifs et vomitifs. A partir de ce moment, les vomissements prennent une acuité extrême, la malade souffre dans l'estomac et dans le bas ventre. Jusqu'en novembre 1895, les vomissements persistent avec la même intensité.

C'est alors que la malade entre pour la première fois dans mon service. Elle est forte, un peu obèse, le visage coloré ; sa santé générale ne semble pas avoir sensiblement souffert. Les vomissements sont quotidiens. L'ingestion des aliments provoque presque immédiatement des douleurs vives à l'épigastre et les vomissements surviennent aussitôt après. Ils sont toujours exclusivement alimentaires, jamais bilieux ; une ou deux fois, au plus, il y a de cela plusieurs années, ils ont présenté quelques parcelles noirâtres et les selles ont été un peu noires. Ils sont faciles, surviennent sans nausées, sont fragmentaires. La quantité et la qualité des aliments ne les influence en rien et pendant les quatre

ou cinq mois qu'elle est restée dans mon service, aucune médication n'est parvenue à les supprimer. Les analyses du suc gastrique faites à cette époque, montrent qu'il existe un liquide peu abondant avec une forte proportion de chlorures fixes, mais une faible quantité d'acide chlorhydrique libre et combiné. Les urines sont pauvres en urée et en chlorures. La palpation de l'abdomen ne révèle rien de particulier. Il n'existe aucun stigmate d'hystérie. Cependant, la malade présente fréquemment des symptômes névropathiques, enrouements sans cause, dyspnée *sine materia*, douleurs vagues, mobiles, céphalées tenaces, sensation de fatigue, etc. Tous les autres appareils sont sains. On constate seulement une légère antéversion utérine. En mars 1896, la malade nous quitte ; les vomissements sont un peu moins fréquents ; elle reprend son travail : ils redeviennent plus abondants.

Dans les premiers jours de février de cette année (1897) elle entre dans la clinique du Dr Apostoli.

Elle est prise pendant six jours d'une fièvre violente, de douleurs vives à l'épigastre et dans l'abdomen et de vomissements incoercibles.

L'électrisation des pneumogastriques ne soulage que très médiocrement ses vomissements.

Le 1^{er} mars, elle quitte la clinique du Dr Apostoli.

Le 2 mars, elle revient dans mon service. Elle est un peu plus maigre qu'autrefois, plus pâle, plus fatiguée. Les vomissements sont incessants.

L'estomac est d'une intolérance remarquable.

Tout l'abdomen est le siège d'une douleur diffuse avec maximum à l'épigastre et dans le flanc droit, forte constipation, langue blanche et sale, haleine fétide. Température normale. Le 3 et le 4 mars, l'état est sensiblement le même. La malade souffre beaucoup ; elle vomit tout ce qu'elle prend, mais les vomissements restent exclusivement alimentaires. Le 4 mars au soir, accentuation des douleurs. Nuit très agitée. Piquûre de morphine. Le 5 mars au matin, la malade est très abattue ; elle souffre violemment du ventre ; les douleurs, très fortes dans la fosse iliaque droite, irradiant dans le flanc droit jus-

qu'à l'épigastre. Aucune zone d'empâtement. Le soir la température monte brusquement à 40° 4. Le 6 mars, apparition de vomissements porracés, le ventre se ballonne dans la journée, devient légèrement asymétrique, il est plus tendu, plus saillant au niveau de la fosse iliaque droite. Il y a là un empâtement diffus, sans matité bien nette. La douleur occupe tout l'abdomen, mais présente son maximum au point appendiculaire. En raison de ces symptômes, M. Ghika, mon interne, pense à une poussée aiguë d'appendice et fait mander le chirurgien de garde, M. Legueu.

La malade est opérée à 9 heures du soir. On ne trouve aucune collection purulente. Mais l'appendice très altéré, présente de très fortes adhérences avec les organes voisins. On en pratique l'extirpation.

Il est volumineux, bosselé, dilaté, ses parois sont considérablement épaissies. Sa cavité contient un liquide rougeâtre, d'apparence hématique.

Les suites de l'opération sont excellentes ; la fièvre tombe. Au bout de quelques jours les vomissements cessent presque complètement. Aujourd'hui la plaie abdominale est parfaitement cicatrisée. Il n'existe plus que quelques vomituritions légères et une sensibilité générale du ventre principalement au flanc droit et à l'épigastre.

L'état général est très bon. »

Les Neurasthénies et les Phobies appendiculaires

Un court chapitre nous reste à traiter pour compléter cette question des complications nerveuses des appendicites : il comprend les neurasthénies et les phobies appendiculaires, deux formes que l'on peut voir isolément chez les malades comme on peut les voir s'établir successivement chez un seul et même sujet, ce qui est plus fréquent.

Tout le monde connaît cet état nerveux de certains sujets, neurasthéniques frisant quelquefois l'hypocondrie, état caractérisé par une anxiété morale continuelle, une idée fixe qui les préoccupe d'abord, puis les poursuit et les étreint ; cet état particulier donne parfois lieu à des craintes d'abord, puis à des phobies véritables.

Tout peut être l'objet d'une phobie pour ces psychiques, tout ce qui a frappé leur imagination malade, leur sensibilité exaltée, tout ce qui peut éveiller en eux une idée puis une sensation fixe : nous n'insisterons pas sur ces phobies, la littérature médicale en fourmille de multiples exemples.

Dès qu'on commence à s'inquiéter de son estomac a dit un auteur, on digère mal. Nous pouvons ajouter : dès qu'on commence à trop entendre parler d'une maladie ou à trop y penser, on commence à la redouter et à ressentir de vagues symptômes !

C'est ce qui arrive chez les neurasthéniques.

Or, l'appendicite a acquis depuis quelques années une notoriété excessive, une véritable fortune et est à l'ordre du jour ; elle a suscité des polémiques et des travaux sans nombre dans le monde médical ; le public en a entendu les échos par toutes sortes de voix plus ou moins autorisées ; puis d'innombrables malades ont été frappés par le fléau : beaucoup sont morts, beaucoup ont été opérés, beaucoup en ont guéri. Mais tout le monde en a parlé ou entendu parler ; la presse a rapporté avec force détails des opérations sensationnelles ; dans la devanture de certaines pharmacies, l'appendice « vermiciforme » voisine aux yeux de tous avec le ténia géant ; dans les salons, dans les diners c'est un sujet favori de conversation ; tout le public, tous les névropathes en particulier en connaissent plus ou moins vaguement la symptomatologie théorique. On connaît l'histoire de l'individu qui, lisant un livre de médecine, se croit atteint de toutes les maladies qu'il y trouve décrites, se figure en présenter les signes et en ressentir les symptômes et ne vit plus que dans des transes mortelles à partir de cette lecture fatale ! Il en est de même pour l'appendicite.

Si un neurasthénique a eu dans son entourage l'occasion de voir un cas d'appendicite ou, ce qui est facile, d'entendre parler de ses symptômes, de son étiologie, de ses dangers, peu à peu il finit par concentrer toute son attention sur sa région appendiculaire, sur ses fonctions intestinales. Insensiblement, il se désintéresse de tout pour ne plus songer qu'à son appendice et s'observer d'une façon rigoureuse : si malheureusement pour lui il éprouve à ce moment un trouble intestinal insignifiant et que le médecin aussitôt appelé explore avec trop de soin, mais imprudemment dans ce cas, une zone appendiculaire intacte mais sur laquelle le malade a mis son attention en éveil, alors le malade s'enracine de plus en plus désespérément dans son idée ; impossible de lui faire entendre raison car il s'obstine davantage ; il a peur, il commence à vivre dans un état d'angoisse perpétuel et la phobie appendiculaire s'est installée. Le malade se crée alors une diététique compliquée de plus en plus rigoureuse, s'observant du matin au soir, se palpant, abandonnant ses occupations et sa besogne journalière, et se calfeutrant pour échapper au mal qui le poursuit. Cette déchéance et cette existence empoisonnée ne vont naturellement pas sans entraîner des troubles sérieux de l'économie ; si cet état se prolonge, la neurasthénie, l'affaissement moral s'aggravent rapidement ; la nutrition s'altère ; d'autres perturbations fonctionnelles s'installent par retentissement sur les fonctions du cœur et du système nerveux et finissent par

aboutir à une période de profonde dépression organique et psychique d'un pronostic très sombre.

Vu : le Président de la thèse,

RAYMOND

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Diagnostic de l'Appendicite.
- BERTHELIER. — Thèse de Paris, 1895.
- BERTHELIER ET MILIAN. — Presse médicale, 1898.
- BRISAUD. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 19 mars 1897.
- CASSIRIER. — Ueber metastatische Abscesse im Centralnervensystem (isorliter metastatischer abscess im Pons und in der medulla oblongata; multiple metastatische Abscesse im Rückenmark) (Arch. f. Psychiatrie, 1902, XXXVI, 1, p. 153).
- CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine.
- DIEULAFOY. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1898.
- Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1899.
- Manuel de Pathologie interne, 14^e édition, t. II, Paris, 1904.
- FOLLET. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, novembre 1898.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'Hystérie.
- HAYEM (G.). — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, mars 1898.
- HUCHARD. — Consultations et cliniques médicales, 1904 et 1906.
- LE DENTU. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1898.
- MARCOU. — Archives générales de Médecine, septembre 1905, p. 2230.
- La névrite appendiculaire.
- PIARD. — Thèse de Paris, 1896.
- RAYMOND et GUILLAIN. — Semaine médicale, février 1905. La névrite ascendante consécutive à l'appendicite.
- Archives générales de Médecine, p. 2453.

RÉNON. — Bulletin médical, 1898, p. 511.

TALAMON. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, mars 1897.

— Appendicite et pérityphlite. Paris, 1892.

— La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite. Paris, 1900.

WEILL. — Thèse, Nancy, 1892.